

Arrêt

n° 261 410 du 30 septembre 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. ADLER
Rue de Moscou 2
1060 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 30 mars 2018, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 26 février 2018.

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 22 mars 2021 convoquant les parties à l'audience du 28 avril 2021.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me S. VERSCHUEREN *loco* Me C. ADLER, avocat, qui compareait pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui compareait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

La requérante a introduit, le 17 août 2011, une demande d'autorisation de séjour en vertu de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a donné lieu à une décision de rejet et à un ordre de quitter le territoire pris le 6 juin 2012. Un recours introduit contre ces décisions a été rejeté par l'arrêt n° 182 878 rendu par le Conseil le 24 février 2017. Le 4 avril 2017, la requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a donné lieu à une décision de rejet et un ordre de quitter le territoire, lesquels constituent les actes attaqués qui sont motivés comme suit :

- S'agissant du premier acte attaqué :

« Motif :

Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quanta un possible retour vers le Maroc, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 20.02.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressée sont donc disponibles et accessibles au Maroc.

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

- 1) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou

2) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier l'intéressé du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour » .

- S'agissant du second acte attaqué :

« MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants

° En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 d'intéressée n'est pas en possession d'un VISA valable ».

2. Exposé de la quatrième branche du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique tiré de la violation « des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe de motivation interne, du principe des droits de la défense, de l'erreur manifeste d'appréciation, du devoir de prudence et du devoir de minutie en tant que composantes du principe de bonne administration, du principe de légitime confiance comme composante du principe de bonne administration et du droit à la sécurité juridique, du principe de l'indépendance et de l'impartialité, des articles 3 et 8 de la CEDH ».

Dans une quatrième branche du moyen, la partie requérante reproche à la partie défenderesse le fait que l'avis du médecin conseil ne soit pas un simple avis neutre et impartial, mais qu'il contienne des considérations juridiques. Elle reproche ensuite au médecin conseil d'avoir invoqué dans son avis, les sources suivantes : « Le centre de liaison Européennes et Internationales de Sécurité Sociale : Des

informations relatives au RAMED datées de 2012 ... ; l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) », alors « que ces sources ne permettent absolument pas de démontrer que les constats sur lesquels repose la décision attaquée ont été effectués par un médecin ! ». Elle explique également que c'est à tort que la partie défenderesse considère que la requérante n'étaye pas ses propos au sujet de l'absence d'accessibilité du traitement dans le pays d'origine, et cite, à cet égard, les documents déposés à l'appui de sa demande. Elle reproche également à la partie défenderesse de ne pas avoir démontré que la requérante pourrait effectivement bénéficier du système d'aide sociale. Elle met en évidence le fait que la partie défenderesse précise que le régime marocain de protection sociale bénéficie aux salariés des secteurs public et privé, alors que la requérante est dans l'incapacité de travailler. Elle tire les mêmes conclusions du raisonnement entrepris pour l'assurance obligatoire de base (AMO). Elle reproche ensuite à la partie défenderesse d'estimer que la requérante pourrait bénéficier du RAMED, alors que « les informations exposées dans l'avis médical du 20.02.2018 relatives au RAMED et sur lesquels se fonde la décision attaquée datent de 2012. (...) que la requérante déposait de nombreux articles plus récents », notamment une étude du Dr [M.A. H.] intitulée « Evaluation du Régime d'Assistance Médicale au Centre hospitalier préfectoral de Salé », suivant lesquelles les insuffisances du RAMED n'ont toujours pas été palliées. Elle met également en exergue un article du 26 janvier 2016, intitulé « Les bénéficiaires du RAMED déplorent la non-prise en charge totale des dépenses de médicaments », un article du 30 août 2016, intitulé « RAMED : les bénéficiaires dénoncent l'insuffisance de moyens », ainsi qu'un article du 9 mars 2017, rédigé par le Dr [T.S.H.], néphrologue, indiquant notamment que « si le RAMED prend en charge la dialyse, les traitements et médicaments ne suivent pas et ce malgré les efforts faits par l'Etat et les secteurs privés, universitaires et militaires (...) ». La partie requérante reproche à la partie défenderesse d'avoir considéré dans son avis médical qu'un des documents déposés par la requérante confirme que le RAMED prend en charge les dialyses, en omettant de préciser que « les traitements et médicaments ne suivent pas ... ». Elle reproche également au médecin conseil de ne pas mettre en évidence le fait que « le RAMED ne prend pas en charge la totalité des frais liés aux médicaments ; (...) n'intervient pas pour les soins et médicaments hors hospitalisation ; les hôpitaux marocains manquent de moyens ; il est fréquent que les rendez-vous soient reportés ; le système du RAMED renforce les disparités sociales ; il existe des maltraitances à l'égard des bénéficiaires du RAMED (...) ». Cela sachant que le traitement de Madame [T.] ne peut être interrompu et que ce traitement est prévu à domicile et non en hôpital ». Elle reproche également à la partie défenderesse de se baser sur des sources qu'elle considère anciennes, datant de 2012, et se prévaut à cet égard de la jurisprudence découlant de l'arrêt n° 181 747 rendu par le Conseil le 3 février 2017. Elle fait grief au médecin conseil d'avoir indiqué dans son avis des notes infrapaginales, notamment celle portant le numéro 11, qui ne permettent pas d'avoir accès à la source. Il est donc difficile de vérifier le fait de savoir si la transplantation rénale est réellement prise en charge dans sa totalité. La partie requérante conclut par conséquent à la violation des principes de bonne administration, en estimant que la partie défenderesse n'a pas pris en considération l'ensemble des éléments mis à sa disposition.

3. Discussion.

3.1. L'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

« L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de

l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°s 229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Ch. repr.*, sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écartier du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n°s 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n°s 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 20 février 2018, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d'

« insuffisance rénale terminale en dialyse depuis 2010, anémie mixte, hypokaliémie, hyponatrémie, hyperparathyroïdie, hyperéosinophilie, hypertension artérielle, dyslipidémie, suspicion de cardiomyopathie ischémique asymptomatique en 2010 avec

échographie cardiaque normale, œsophagite, rectocèle, maladie de Basedow, neuropathie des membres inférieurs, fracture du col fémoral traitée par prothèse et revalidée, goutte, dépression, canal carpien bilatéral, mise en place d'un cathéter de dialyse permettant des séances d'hémodialyse, hémorroïdes ligaturées, allergie aux acariens, discrète gastrite chronique ».

Concernant l'accessibilité des soins pour la requérante, le médecin conseil estime que :

« Le conseil de l'intéressée apporte à l'appui de sa demande plusieurs documents sur la situation des soins de santé et sur le Ramed. Un des documents apporté confirme par ailleurs que le Ramed prend en charge la dialyse, soin dont a besoin Mme [F.T.]. Ensuite, rappelons qu'il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien de s'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre le demandeur soient disponibles et accessibles au pays d'origine (CCE n°123.989 du 15.05.2014). Soulignons également que les documents apportés décrivent une situation générale et ne vise pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). De plus, l'intéressée ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à cette situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Rappelons également que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamakulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslüm/Turquie, § 68).

Notons que le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale nous informe que le régime marocain de protection sociale couvre aussi bien les salariés des secteur public et privé et assure aux intéressés une protection contre les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès, chômage et sert les prestations familiales.

Le régime marocain comprend l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO), fondé sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants, et le régime d'assistance médicale (RAMED), fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale des populations les plus démunies.

Le RAMED concerne les personnes les plus économiquement faibles et ne pouvant bénéficier de l'AMO2. Le Ramed a fait l'objet d'un projet-pilote en novembre 2008 et a été appliqué exclusivement dans la région Tadla- Azilal, où il a été testé pendant 2 ans. Depuis le 13 mars 2012, le RAMED a été étendu à toute la population en situation de pauvreté ou de vulnérabilité sur l'ensemble des territoires du Royaume du Maroc. La population cible est maintenant atteinte. Les personnes en situation de pauvreté bénéficient gratuitement du RAMED.

Dans le cadre de l'AMO, les prestations de soins concernant des maladies graves ou invalidantes dispensées dans des services publics de santé sont prises en charge à 90 % du tarif de référence. En cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou des soins très onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération partielle ou totale1.

Les soins de santé relevant du RAMED sont identiques au panier de soins de l'AMO mais ne peuvent être dispensés que dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat.

Dans le système AMO, les traitements d'un certain nombre de maladies graves, débilitantes ou particulièrement coûteuses nécessitant des soins de longue durée sont mieux remboursés, le taux de remboursement allant de 70% à 100% (bénéficiaires CNSS: Casse Nationale de Sécurité Sociale) et de 90% à 100% (Bénéficiaires de la CNOPOSS: Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale) en fonction de la maladie et du traitement. La base de remboursement est le prix national de référence qui est déterminé par décret ministériel.

Il existe 2 catégories de maladies graves: ALD (affections de longue durée) et ALC (affections lourdes et coûteuses). Parmi les 140 ALD, on retrouve l'insuffisance rénale chronique terminale, l'insuffisance rénale aiguë, une néphropathie sévère (néphropathie héréditaire ou congénitale, glomérulonéphrite, néphropathie interstitielle et néphropathie vasculaire) et les syndromes néphrotiques. Il y a 10 ALC: 5 concernent la transplantation de tissus et d'organes (rein, foie, cœur, cornée et moelle osseuse) et 5 concernent la chirurgie cardiaque dans le cas de rhumatismes, valvulopathie, cardiopathie congénitale, maladie coronarienne, installation de pace maker et maladie

artérielle chronique. Dans le cas des ALC, et en particulier pour la transplantation rénale, CNSS et CNOP prennent en charge 100% du prix de la chirurgie.

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine ».

Le Conseil constate qu'il ne ressort pas de cet avis que le médecin-conseil a vérifié l'accès effectif et ininterrompu de la requérante à son traitement. En effet, le médecin-conseil fait référence au Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). La partie défenderesse explique que ce régime d'assurance est

« fondé sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants ».

Or, elle indique elle-même, concernant la capacité à voyager de la requérante, qu'

« [elle] peut voyager vers son pays d'origine à condition de garantir la poursuite immédiate du traitement ».

La partie requérante avance, en termes de requête, l'incapacité pour la requérante de travailler. Le Conseil estime que sans s'attarder sur cette dernière question, il semble difficilement envisageable que la requérante puisse bénéficier de l'AMO dès son arrivée dans son pays d'origine afin de bénéficier d'un traitement ininterrompu. En effet, elle n'appartient actuellement à aucune des catégories ouvrant le droit à l'AMO, et reprises ci-avant.

Quant au Régime d'Assistance Médicale (RAMED), destiné aux personnes sans revenu, le Conseil constate, à l'instar de la partie requérante, que la partie défenderesse tronque le document dont elle s'inspire pour affirmer qu'

« un des document (sic) apporté confirme par ailleurs que le Ramed prend en charge la dialyse, soin dont a besoin Mme [F.T.]. En effet, le document auquel semble faire référence la partie défenderesse constituant la pièce 11 des documents annexés à la demande d'autorisation de séjour indique que « si le RAMED prend en charge la dialyse, les traitements et médicaments ne suivent pas et ce malgré les efforts faits par l'Etat et les secteurs privé, universitaire et militaire, explique notre interlocuteur ».

Dans sa note d'observations, la partie défenderesse effectue une analyse partielle de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme, qu'elle ne précise que par la date de celui-ci, le 13 décembre 2016, pour affirmer que

« ce n'est qu'en cas de doute persistant qu'il est requis que l'Etat de renvoi obtienne des assurances individuelles auprès de l'Etat de destination sur la disponibilité et l'accessibilité d'un traitement adéquat ».

Or, le Conseil rappelle les enseignements de l'arrêt Paposhvili c. Belgique rendu par la Cour EDH en Grande Chambre le 16 décembre 2016, suivant lesquels :

« [...] il appartient aux requérants de produire des éléments susceptibles de démontrer qu'il y a des raisons sérieuses de penser que, si la mesure litigieuse était mise à exécution, ils seraient exposés à un risque réel de se voir infliger des traitements contraires à l'article 3 (Saadi, précité, § 129, et F.G. c. Suède, précité, § 120). Dans ce contexte, il y a lieu de rappeler qu'une part de spéculation est inhérente à la fonction préventive de l'article 3 et qu'il ne s'agit pas d'exiger des intéressés qu'ils apportent une preuve certaine de leurs affirmations qu'ils seront exposés à des traitements prohibés (voir, notamment, Trabelsi c. Belgique, no 140/10, § 130, CEDH 2014 (extraits)). 187. Lorsque de tels éléments sont produits, il incombe aux autorités de l'Etat de renvoi, dans le cadre des procédures internes, de dissiper les doutes éventuels à leur sujet (voir Saadi, précité, § 129, et F.G. c. Suède, précité, § 120). L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128, Sufi et Elmi c. Royaume-Uni, nos 8319/07 et 11449/07, § 214, 28 juin 2011, Hirsi Jamaa et autres, précité, § 116, et Tarakhel, précité, § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'Etat de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'Etat de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (Vilvarajah et autres, précité, § 108, El-Masri, précité, § 213, et Tarakhel, précité, § 105). L'évaluation du risque tel que défini ci-dessus (paragraphes 183-184) implique donc d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports

d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade » (Le Conseil souligne).

Au regard de ce qui précède, le Conseil estime que l'argument de la partie défenderesse ne permet de renverser le constat selon lequel, cette dernière a utilisé le document déposé par la partie requérante de façon partielle en estimant que le RAMED prenait en charge la dialyse et omettant de dire qu'il ne prenait pas en charge les autres médicaments accompagnant la dialyse. Par conséquent, la partie défenderesse ne prend pas en considération l'ensemble des éléments en sa possession et viole son obligation de motivation.

3.3. Il ressort de ce qui précède que le médecin-conseil n'a pas suffisamment démontré l'accessibilité du suivi et du traitement de la requérante au pays d'origine de sorte qu'en rejetant la demande d'autorisation de séjour sur la base de cet avis, la partie défenderesse n'a pas suffisamment motivé sa décision et a violé l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

3.4. Le moyen est, dans cette mesure, fondé et suffit à justifier l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. Le premier acte querellé étant annulé, la demande d'autorisation de séjour ayant donné lieu à cet acte redevient pendante et recevable. L'ordre de quitter le territoire entrepris, n'étant pas compatible avec une telle demande recevable, il s'impose de l'annuler également, pour des raisons de sécurité juridique.

4. Débats succincts.

Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS DECIDE :

Article 1^{er}

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 26 février 2018, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente septembre deux mille vingt et un par :

M. J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier, Le président,

A. IGREK J.-C. WERENNE